

V.4 Medizinische Kommunikation

Marlene Sator und Thomas Spranz-Fogasy

1 Exemplarischer Fall: Ärger in der Familie

Eine Patientin mit einer Fehlgeburt in der Vorgeschichte leidet unter Angstzuständen und Herzbeschwerden, die im Rahmen einer psychosomatisch-internistischen Anamnese abgeklärt werden. Im Gespräch mit dem Arzt kommt das Thema auf „Ärger in der Familie“ (Beispiel entnommen aus Koerfer et al. 2004):

- A ja. ... aber das mein/ also Sie sagen selbst, dass da Stress hintersteckt ... oder gibt's noch andere Sachen, die Ihnen Probleme machen? Ich mein da anderes Schwieriges .
- P na, gut, ich hatte noch andern/anderen Ärger in der Familie innerhalb .
- A hm .
- P der eigentlich auch noch/ was heißt andauert, der also erst vor kurzem da/ (war), wo auch ziemlich viel durcheinander geraten ist ... aber ... das ist auch das Einzige dann .
- A hm. ... ja Frau S., ich denke, dann werd' ich Sie jetzt mal untersuchen .
- P hm .

*Ärztliche
Einladung zur
Thematisierung
psychosozialer
Hintergründe*

Der Arzt greift hier mit „also Sie sagen selbst, dass da Stress hintersteckt“ eine von der Patientin zuvor eingebrachte subjektive Krankheitstheorie auf und sucht dann in zwei Schritten alternative Theorien der Patientin zur Genese ihrer Beschwerden zu elizitieren. Damit lenkt er selbst den Fokus auf mögliche psychosoziale Ursachen.

Die Patientin räumt dies ein („na, gut,“) und deutet „Ärger in der Familie“ an. Mit einem abwartenden Rückmeldesignal („hm“) bestärkt der Arzt die Patientin zu weiteren Ausführungen.

Die Patientin fährt dementsprechend fort, wobei sie die zuvor qua „hatte“ als abgeschlossen dargestellte Situation des Ärgers in der Familie als weiterhin bestehenden Zustand charakterisiert. Die Patientin bricht jedoch ihre zunächst geplante Äußerung ab und nimmt eine Selbstkorrektur zur zeitlichen Verortung in der jüngsten Vergangenheit vor („was heißt andauert, der also erst vor kurzem da/ (war)“). Der Verweis auf die Aktualität des „Ärgers in der Familie“ und die Formulierung „ziemlich viel durcheinander geraten“ stufen das Thema dabei in seiner Relevanz hoch.

Mit dem folgenden, strukturell höher gewichteten aber-Teil nimmt die Patientin dann jedoch eine thematische Relevanzrückstufung vor: „aber ... das ist auch das Einzige dann“.

Insgesamt bleibt es durch die nachgezeichneten Gewichtungsstrukturen (Wechsel zwischen Relevanzhoch- und -rückstufungen) bei einem subtil als relevant markierten Hinweis der Patientin, den der Arzt an dieser Stelle aktiv aufgreifen müsste, um die lokal vom ihm aktiv initiierte Orientierung auf die subjektiv-alltagsweltlichen Relevanzen der Patientin aufrechtzuerhalten.

Subtile Relevanzmarkierung der Patientin

Mit seinem nächsten Zug nimmt der Arzt jedoch eine Relevanzrückstufung vor und bricht damit das von ihm fokussierte und hochgestufte Thema radikal ab: Er wechselt das Thema, indem er zur körperlichen Untersuchung übergeht („hm. ... ja Frau S., ich denke, dann werd' ich Sie jetzt mal untersuchen“.). Mit dieser Manifestierung medizinischer Relevanzen wird die subjektive Perspektive der Patientin als Orientierung also abgewählt.

Relevanzrückstufung durch den Arzt

Aus der Krankengeschichte der Patientin wissen wir: Der „Ärger innerhalb der Familie“ bezog sich u.a. auf die Fehlgeburt und hängt eng mit den aktuellen Herzbeschwerden und Angstzuständen zusammen. Der Arzt geht dem subtilen Patientenangebot hier jedoch nicht weiter nach, sodass der bio-psycho-soziale Gesamtzusammenhang nicht an die kommunikative Oberfläche gelangt (vgl. zur Analyse des Beispiels auch Koerfer et al. 2004).

Vergebene Chance auf Verstehen des bio-psycho-sozialen Gesamtzusammenhangs

2 Kategorialer Problemaufriss und Gegenstandskonstitution

Medizinische Kommunikation wird in einem weiten Spektrum von alltagsweltlich-existenziellen Relevanzen einerseits und professionell-kategorialen Orientierungen andererseits realisiert. Wenn diese beiden Orientierungen in Widerspruch geraten, sei es dass die alltagsweltlich-existenziellen Relevanzen von Patienten in Konflikt mit den professionell-kategorialen Orientierungen von Ärzten kommen oder sei es dass beide Orientierungen innerhalb des ärztlichen Handelns konfligieren, führt dies häufig zu einem Mangel an gegenseitigem Verstehen. Letzteres geschieht im einleitenden Beispiel, in dem der Arzt die alltagsweltliche Relevanz in Kraft setzt, aber nicht zur interaktiven Gestaltschließung kommen lässt.

Unterschiedliche Orientierungen

Derartige Konflikte zeigen den Bedarf an Aufklärung über die Bedingungen und Möglichkeiten medizinisch-therapeutischer Kommunikation. Zu dieser Aufklärung tragen eine ganze Reihe professioneller und wissenschaftlicher Disziplinen bei, angefangen bei der Reflexion medizinisch Tätiger selbst über ihr eigenes Kommunikationshandeln, die in der Aus- und Weiterbildung ihren Niederschlag findet über die Untersuchungen und Fortbildungen aus der (Medizin-)Psychologie und -Soziologie bis eben auch hin zu Analysen und daraus gewonnener Entwicklung von Handlungskompetenzen aus dem Bereich der Linguistik, insbesondere der linguistischen Gesprächsforschung.

Dabei ist jedoch „medizinische Kommunikation“ keine einheitliche Kommunikationsform, wie dies der Titel suggerieren mag; darunter fallen Gespräche medizinisch Tätiger in diesem hochdifferenzierten Berufsfeld untereinander ebenso, wie Gespräche von Medizinerinnen mit medizi-

Kommunikationstypen

nischen Dienstleistern, mit Krankenkassen, Verwaltungen u.v.a.m. Darunter fallen aber auch öffentliche Diskurse zu Krankheit, Gesundheit und deren gesellschaftliche Kosten und Nutzen in Politik, in Medien, in Bildung oder Erziehung.

*Relevanz
ärztlicher
Gespräche*

Den Kristallisationspunkt medizinischer Kommunikation bilden aber die Gespräche zwischen Arzt und Patient. Darin werden die meisten Diagnosen erstellt, und es werden Therapien entwickelt und festgelegt. In diesen Gesprächen werden aber auch kommunikativ die Grundlagen für das zukünftige Befolgen von ärztlichen Ratschlägen und für die Kontrollüberzeugung von Patienten hergestellt (also die Überzeugung von Patienten, inwieweit Ereignisse von ihrem eigenen Verhalten abhängig sind, oder durch äußere Einflussfaktoren bestimmt werden). Damit werden psychosoziale Grundlagen für Behandlungsergebnisse geschaffen. Die besondere Bedeutung des Arzt-Patient-Gesprächs innerhalb des ärztlichen Handlungsprofils wird klar, wenn man sich vor Augen führt, dass Ärzte im Lauf ihres Berufslebens ca. 150.000 Gespräche mit Patienten führen, diese also den weitaus größten Teil ihres beruflichen Handelns ausmachen. Arzt-Patient-Gespräche sollen aus diesen Gründen im Zentrum der folgenden Darstellung stehen.

Asymmetrien

Ärztliche Gespräche mit Patienten sind mit Unterschieden und Asymmetrien sozialer, emotionaler, interaktionsorganisatorischer oder kognitiver Natur verknüpft. Diese Unterschiede müssen von den Gesprächspartnern berücksichtigt, bearbeitet und teilweise auch ausgeglichen werden, um die zentralen Handlungsziele verfolgen zu können: die Erfassung der Beschwerden, die Feststellung einer Diagnose oder die Entwicklung eines Therapieplans. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist das wechselseitige Verstehen, weil sonst diese Handlungsziele nicht erreicht werden können.

Im Folgenden wollen wir kurz den medizinischen und linguistischen Forschungsstand zum ärztlichen Gespräch rekapitulieren und dann anhand eines Fallbeispiels eine für diesen Gesprächstyp besonders wichtige Fragestellung, das Verstehen zwischen Arzt und Patient, als Abgleich zwischen unterschiedlichen Relevanzsystemen behandeln. Weitere Analysen finden sich auf der CD in der Übungsaufgabe zu diesem Artikel sowie in der Übungsaufgabe 2 zum Artikel von Fiehler/Schmitt (i.d.Bd.).

3 Forschungsstand

*Therapeutische
Funktion von
Gesprächen*

In der Medizin hat man die besondere Bedeutung des Gesprächs mit dem Patienten schon früh erkannt. Antiphon von Athen (480–411 v. Chr.) sprach davon, dass man „Kranke durch Worte heilen“ könne. Sigmund Freud charakterisierte das ärztliche Gespräch als „talking cure“ und ab den 1960er Jahren haben Balint in England und die psychotherapeutische Schule von Palo Alto/USA (Bateson, Jackson, Watzlawick) umfangreiche Forschungen zur medizinischen Bedeutung ärztlicher Gespräche durchgeführt. In Deutschland haben Haferlach für die klinische Seite und Meerwein sowie danach vor allem Geisler ihre Erfahrungen und Beobachtungen aus dem Sprechstunden-Alltag in

praktische Anleitungen umgesetzt. Ripke (1994) entwickelte Konzepte ärztlicher Gesprächsführung auf der Basis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und nutzte dazu auch tontechnisch aufgezeichnete authentische Gespräche (einen Überblick geben Müller 2006 und Nowak/Spranz-Fogasy 2009).

Zuvor schon wurden authentische Gespräche insbesondere aus der klinischen Visite aus medizinischer, medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive untersucht. Vor allem die Arbeitsgruppe um Köhle hat sich dann in den letzten Jahren ausführlich mit dem ärztlichen Gespräch in Klinik und Praxis befasst und Leitfäden dafür entwickelt (Köhle et al. 2007). In der medizinischen Aus- und Weiterbildung hat die Arzt-Patient-Kommunikation in den letzten Jahren eine hohe Bedeutung erhalten, was sich u.a. in der Reform der Curricula an den medizinischen Universitäten und in der psychosomatischen Weiterbildung (s. bspw. Neises et al. 2005) niederschlägt. Es wurden erfahrungsbasierte Gesprächsmodelle entwickelt und darauf aufbauend die Interaktion zwischen Arzt und Patient mit Checklisten analysiert. Für eine umfangreiche und objektive Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation entwickelte Debra Roter das Roter Interaction Analysis System (RIAS), das derzeit als der „Goldstandard“ in der medizinischen Forschung gilt (siehe riasworks.com/index.html und <http://rias.org/> [letzter Zugriff: 09.4.2010]). RIAS wird weltweit in Studien zur Erforschung des Kommunikationsverhaltens im Rahmen der Gesundheitsversorgung verwendet und ermöglicht die Identifikation, Kategorisierung und Quantifizierung aufgabenbezogener und sozio-emotionaler Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation. Im Vordergrund der Forschung stand darüber hinaus die Entwicklung und Bewertung der didaktischen Konzepte, wie der Einsatz von Rollenspielen, Simulations- (d.h. Schauspielpatienten), Feedback oder selbstreflexiven Lernens. Eine gründliche Auseinandersetzung mit den Besonderheiten verbaler Interaktion, wie beispielsweise Prozessualität und Interaktivität, unterblieb jedoch bislang weitestgehend. Der zumeist quantitativen Forschung, die den Vorteil einer guten Validierbarkeit hat, fehlt es vielfach an der notwendigen Tiefenschärfe in Bezug auf die interaktive Herstellung kommunikativen Verhaltens im jeweiligen Kontext. Daraus wird die Notwendigkeit einer auch qualitativen linguistisch-kommunikationswissenschaftlichen Untersuchung deutlich.

*Medizinnahe
Forschung*

Die Linguistik befasste sich mit medizinischen Themen zunächst im Rahmen der Fachsprachenforschung. Dabei ging es zunächst um die Untersuchung von Fachausdrücken, Satzkonstruktionen und Fachtexten (v.a. Beipackzettel) und deren Verständlichkeit. Im Zusammenhang damit und einem zunehmenden Interesse an institutioneller Kommunikation (im Überblick Becker-Mrotzek 1999) entwickelte sich gemeinsam mit der Etablierung einer linguistischen Gesprächsforschung dann ab etwa 1975 in Deutschland und Österreich ein breiter Schwerpunkt der Erforschung ärztlicher Gespräche.

*Linguistische
Forschung*

In den ersten Jahren linguistisch-gesprächsanalytischer Forschung zu ärztlichen Gesprächen mit Patienten wurden insbesondere externe bzw. medizinisch bestimmbare Merkmale als Ausgangspunkt der Unter-

*Untersuchungs-
merkmale*

suchungen genutzt. Dabei standen Arbeiten zu den institutionellen Orten (Krankenhaus, Allgemeinpraxis), zu verschiedenen Interaktionstypen (Anamnese, Diagnose, Visite), zu Besonderheiten bestimmter Krankheitstypen (Krebserkrankungen, chronische Erkrankungen) und zu Patientengruppen (ältere Patienten, Migranten) im Mittelpunkt (im Überblick siehe Löning 2001).

*Interaktions-
analytische
Forschungs-
gegenstände*

Neuere Forschungen befassen sich nun vor allem mit dem Wie des Sprechens, also mit stärker linguistischen und interaktionsanalytischen Fragestellungen wie der interaktiven Konstitution ärztlicher Gespräche mit Patienten, der Organisation von Rederechten, Durchführungsschritten und Darstellungsweisen, der sequenziellen Folgen spezifischer Sprachhandlungen, der Formulierungsweise und -dynamik oder der Dokumentation gegenseitigen Verstehens (siehe Spranz-Fogasy 2010).

*Forschungs-
überblicke*

Eine ganze Reihe von Arbeiten bietet mittlerweile auch einen Überblick über die Forschungslandschaft (z.B. Löning 2001, Nowak/Spranz-Fogasy 2009, Nowak 2010, Menz/Sator i.Vorb.). Die umfassende Meta-studie von Nowak (2010) liefert dabei nicht nur eine inhaltliche Übersicht zu den Resultaten der Forschung, sondern dokumentiert die verschiedenen analytischen Zugänge und führt die Ergebnisse in einer übergreifenden Synthese zusammen. Dabei kommt Nowak zu dem Entwurf einer Systematik des sprachlichen Handelns von Ärzten in neun Gesprächskomponenten, die in 46 Handlungstypen entfaltet werden.

Der Literaturstand wird zudem dokumentiert in einer umfangreichen Bibliographie zur medizinischen Kommunikation in der Bibliographie zur Gesprächsforschung des Instituts für Deutsche Sprache (die Spezialbibliographie findet sich darin unter <http://hypermedia.ids-mannheim.de/pls/prag/bib.ansicht> [letzter Zugriff: 1.4.2010]). Eine umfassende Online-Forschungsdatenbank zur Diskursforschung über deutschsprachige Arzt-Patient-Interaktion (API-onÓ) ist vom Wiener Institut für Sprachwissenschaft ins Netz gestellt worden (www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/index.htm; [letzter Zugriff: 31.3.2010]).

*Interdisziplinäre
Forschung*

Die Palette der Anwendungsorientierung linguistischer Forschung im Bereich der medizinischen Kommunikation war stets weit gefasst. Viele Untersuchungen wurden in engem Kontakt zur ärztlichen Praxis durchgeführt, andere entstanden auf Anregung aus der Praxis. Unmittelbar integriert in ein breit angelegtes curriculares Aus- und Fortbildungsprogramm sind die Arbeiten von Armin Koerfer an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Uniklinik Köln. Hier entstanden Arbeiten zur Visitenkommunikation, zum Entscheidungsdialog, zu Emotion und Narration sowie ein Manual zur Gesprächsführung und zur Mitteilung schwerwiegender Diagnosen (siehe www.uni-koeln.de/med-fak/pysom/forschung/forschungstart.html [letzter Zugriff: 31.3.2010]).

In direkter Kooperation von linguistischen Gesprächsforschern und Medizinern entstanden auch die Untersuchungen zur „Linguistische(n) Differentialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen“ (siehe Gülich et al. 2002 und www.uni-bielefeld.de/lili/forschung/projekte/archiv/epiling/ [letzter Zugriff: 31.3.2010]), in denen differenzialdiagnostisch relevante sprachliche Hinweise auf die Art der Erkrankung, ob also epileptische oder dissoziative Anfälle vorliegen, ermittelt wurden.

In stets auch anwendungsorientierten Arbeiten erforscht die Wiener Schule um Ruth Wodak, Florian Menz und Johanna Lalouschek seit den 1980er Jahren verschiedenste Facetten ärztlicher Kommunikation, insbesondere in klinischen Zusammenhängen; darunter finden sich beispielsweise linguistische, semiotische und kulturelle Analysen von Schmerzdarstellungen (Menz et al. 2002, Sator 2009, Menz et al. 2010). Auch die ärztliche Gesprächsausbildung selbst wurde in den Blick genommen, und es wurde ein Trainingsprogramm zum Selbst-Coaching für Klinikärzte entwickelt (Lalouschek 2004). 2008 erschien dann ein „gesprächsanalytisches Trainingskonzept“ zur „Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung“ (Menz et al. 2008).

Das Buch von Neises et al. (2005) zur psychosomatischen Gesprächsführung wurde von medizinischer Seite angeregt und entstand dezidiert für die Gebietsweiterbildung im Rahmen der – für alle Gynäkologen in Deutschland verpflichtenden – psychosomatischen Frauenheilkunde. Es enthält linguistische, medizinische und psychotherapeutische Beiträge. Die komprimierte Darstellung linguistisch-gesprächsanalytischer Untersuchungsergebnisse bietet dabei einen breit gefächerten Überblick über die verschiedensten Aspekte ärztlicher Gespräche mit Patienten und wird ergänzt durch Beiträge aus der Praxis.

Auch die aktuellen linguistischen Forschungen sind zumeist in Kooperation von Gesprächsforschern und Medizinern, und oft angeregt von Seiten der Mediziner selbst, entwickelt worden. Untersucht werden darin beispielsweise Gespräche in der Gynäkologie, in der pädiatrischen Praxis, präoperative anästhesiologische Aufklärungsgespräche oder Gespräche mit Palliativpatienten und deren Angehörigen, aber auch Fragen der Schmerzdifferenzierung oder einer gesprächsanalytisch fundierten Interaktionstypologie. Zunehmend werden auch die spezifischen Anforderungen, die sich aus unserer heutigen mehrsprachigen Gesellschaft ergeben, in den Blick genommen. Aufbauend auf Untersuchungen zur mehrsprachigen Arzt-Patient-Kommunikation (siehe www1.uni-hamburg.de/SFB538/forschung/kommunikation/k2.html; [letzter Zugriff: 31.3.2010]) wird in Hamburg derzeit ein Fortbildungsmodul für zweisprachige Krankenhausmitarbeiter entwickelt und evaluiert (siehe www.uni-hamburg.de/sfb538/projekt5.html; [letzter Zugriff: 31.3.2010]). Aktuelle Wiener Arbeiten zu den spezifischen Problemen und Herausforderungen ärztlicher Gesprächsführung mit Patienten mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen bzw. anderen soziokulturellen Hintergründen rücken Aspekte der Interaktionsbeteiligung, Reziprozitätsherstellung, Gesprächsorganisation sowie Verfahren der Verständnissicherung und Identitätskonstruktion in den Fokus (siehe www.univie.ac.at/linguistics/schmerzprojekt2/; [letzter Zugriff: 31.3.2010]).

Die linguistische Gesprächsforschung zur medizinischen Kommunikation bewegt sich zwar stets in einem professionellen, anwendungsbezogenen Handlungsfeld und ist auch vielfach auf Anwendungszusammenhänge beziehbar. Allerdings bietet dieses Handlungsfeld auch Perspektiven für die Linguistik in theoretischer, method(olog)ischer und empirischer Hinsicht. Gut erkennbare institutionelle Bedingungen, Ab-

*Wechselseitige
Befruchtung*

laufstrukturen oder Beteiligungsaufgaben ärztlicher Gespräche mit Patienten erlauben es, Form-Funktionszusammenhänge zu bestimmen und interaktionstheoretisch zu hinterfragen oder Grundlagen der Regelmäßigkeit sprachlich-interaktiven Handelns zu erkunden. Ebenso ist eine komplementäre Methodenentwicklung qualitativer und quantitativer Forschung möglich und methodologisch auszudeuten. All dies macht linguistisch-gesprächsanalytische Forschung in diesem gesellschaftlich bedeutsamen Handlungsfeld auch für die Linguistik selbst zu einem lohnenden Unterfangen.

*Forschungs-
desiderate*

Sowohl für die Linguistik wie auch für die Anwendung linguistisch-gesprächsanalytischer Forschung in der Medizin stehen in diesem breiten Forschungsfeld noch viele Untersuchungsthemen und -fragestellungen bereit, wie beispielsweise Videoanalysen des Zusammenspiels sprachlicher und visueller Kommunikation, die Untersuchung bislang wenig beachteter Interaktionstypen oder anderer Statusgruppen als Ärzte. Insbesondere aber ein Aspekt medizinisch-linguistischer Forschung sollte und dürfte in den nächsten Jahren weiter getrieben werden: Die bislang fast ausschließlich qualitativ orientierten Arbeiten der Gesprächsforschung in diesem Bereich müssen auf die auch quantitative Überprüfbarkeit ihrer Resultate hin formatiert werden, um dem methodischen Paradigma der medizinischen Forschung gerecht werden zu können. Dazu gehört dann beispielsweise die Aufgabe, linguistische Kategorien zu entwickeln, die eine Manualisierung ermöglichen und den Standards quantitativer Validierbarkeit genügen können.

Gute Vorbilder finden sich dafür in der – im deutschsprachigen Raum bis dato noch viel zu wenig rezipierten – angelsächsischen Forschungsliteratur. Insbesondere im angloamerikanischen Raum wurden seit den 1970er Jahren breit angelegte Forschungen zum ärztlichen Gespräch aus medizinischer, soziologischer und linguistischer Sicht durchgeführt. Frankel (2000) spricht hier von einem „sociolinguistic turn“ der Medizin in den USA. Gerade in den neueren Arbeiten (im Überblick Heritage/Maynard 2006), die zunehmend auch in Kooperation mit Praktikern und der medizinischen Forschung publiziert werden, vollzieht sich dabei schon die Integration von qualitativen und quantitativen Untersuchungen.

Zu den Desideraten linguistisch-gesprächsanalytischer Forschung zum sprachlich-kommunikativen Handeln in der Medizin zählt auch die oben schon erwähnte Entwicklung einer genuin interaktionsanalytisch fundierten Interaktionstypologie ärztlichen Kommunikationshandelns auf der Basis der Rekonstruktion der interaktionellen Anforderungen wie auch deren jeweiligen Abfolge- und Beteiligungsstrukturen.

Dafür ist schon vorab deutlich, dass die bislang vorherrschende arztzentrierte Forschungseinstellung auch in der Linguistik bzw. Gesprächsforschung überprüft und korrigiert werden muss, denn aus einer interaktionsanalytischen Perspektive handelt es sich bei allem Geschehen in Gesprächen immer um gemeinsame Herstellungsleistungen aller Beteiligten (Heritage/Maynard 2006). Wenn sich daraus, nach den Konzeptentwicklungen der evidenzbasierten (Kunz et al. 2007²) und der narrativ basierten Medizin (Greenhalgh/Hurwitz 2005), das ambitionierte Projekt

einer „interaktiv basierten Medizin“ entwickeln lässt, wäre dies auch ein weiterer Schritt der medizinisch-linguistischen Kooperation (siehe dazu Sator i.Vorb.).

Zur interaktiven Grundlegung ärztlicher Gespräche mit Patienten gehört in jedem Fall auch ein tieferes Verständnis der Verstehensvorgänge. Dies betrifft zum einen den Arzt, der das Beschwerdengeschehen aber auch die jeweiligen Anliegen der Patienten ausreichend erfassen muss, um eine Diagnose erstellen und eine adäquate Therapie entwickeln zu können. Es betrifft aber zum anderen auch die Patienten, die in diesen Gesprächen ihrerseits verstehen müssen, was der Arzt an Informationen und Hinweisen benötigt, aber auch erfassen sollen, was ihnen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht mitgeteilt wird. Das Verstehensgeschehen spielt sich dabei nicht nur auf der inhaltlichen Ebene ab, sondern ist auch in interaktionsorganisatorischen und syntaktischen Strukturen, kontextuellen Verweisen, Andeutungen, Wiederholungen und anderen Prozessen sprachlich-interaktiven „Gehalts“ dokumentiert (siehe dazu ausführlich Spranz-Fogasy 2010).

Wie subtil, aber auch wie linguistisch detektierbar das Verstehensgeschehen sich im Gespräch darstellt, wollen wir im Folgenden anhand des Verstehens von Patientenanliegen darstellen (Abschnitt 4) und schließlich in Form eines Fallbeispiels diskutieren (Abschnitt 5).

*Die Bedeutung
von Verstehen*

4 Verstehen zwischen Arzt und Patient als Abgleich zwischen Relevanzsystemen – Das Beispiel Relevanzmarkierungen

Wie eingangs bereits erwähnt (siehe Abschnitt 2), findet Arzt-Patient-Kommunikation in einem Spannungsfeld zwischen alltagsweltlich-existenziellen Relevanzen einerseits und professionell-kategorialen Orientierungen andererseits statt. Verstehen zwischen Arzt und Patient setzt u.a. einen hinreichenden Abgleich zwischen diesen beiden Relevanzsystemen voraus. Das Aufeinandertreffen dieser beiden Relevanzsysteme wurde vom Soziologen Mishler (1984) als das Aufeinandertreffen zweier Stimmen metaphorisiert: Im Arzt-Patient-Gespräch trifft nach Mishler die Stimme der Lebenswelt der Patienten („voice of lifeworld“) auf die Stimme der Medizin („voice of medicine“). Unter ersterer ist dabei eine alltagsweltliche Perspektive zu verstehen, deren Bezugsgröße das subjektive Erleben im Rahmen der spezifischen psycho-sozialen und biographischen Situation der Patienten ist; unter zweiterer ist demgegenüber eine professionelle, meist naturwissenschaftlich-technisch ausgerichtete Perspektive zu verstehen, deren Bezugsgröße das medizinische Relevanzraster ist und die meist von einer Dekontextualisierung und Einpassung des subjektiven Patientenerlebens in dieses Raster geprägt ist. Die lebensweltliche Perspektive von Patienten prägt häufig auch die Anliegen, mit denen Patienten in das Gespräch mit dem Arzt gehen (vgl. dazu Lalouschek in Vorb.).

*Stimme der
Lebenswelt vs.
Stimme der
Medizin*

Die inhaltlich divergierenden Stimmen gehen häufig auch mit Präferenzen für bestimmte Darstellungsformen einher: Ärzte bevorzugen oftmals das Frage-Antwort-Schema, während die von manchen Patienten

*Präferenzen für
bestimmte Dar-
stellungsformen*

gewählte Form (narrativer) Rekonstruktion (Erzählen) in der Medizin meist weniger erwünscht ist.

Patienten-orientierung

Das Paradigma der bio-psycho-sozialen Medizin und insbesondere das Konzept einer narrativ basierten Medizin (siehe oben) erhebt ein besseres Verstehen und eine verstärkte Berücksichtigung der lebensweltlichen Perspektive und der Anliegen von Patienten zu einer zentralen Kommunikationsmaxime. Unter dem Schlagwort „Patientenorientierung“ hat diese Eingang in den einschlägigen Forschungsdiskurs zur medizinischen Kommunikation gefunden.

Umsetzung von Patientenorientierung als Gegenstand der linguistischen Gesprächsforschung

Zur Frage der Realisierung dieser vielfach eingeforderten Kommunikationsmaxime, d.h. also wie sich ein besseres Verstehen und eine verstärkte Berücksichtigung der lebensweltlichen Perspektive und der Anliegen von Patienten im Arzt-Patient-Gespräch konkret umsetzen lässt, kann gerade die linguistische Gesprächsforschung mit ihren hochauflösenden Beschreibungen authentischer Gespräche, die darauf aufbauende Aussagen über Möglichkeiten der Optimierung kommunikativer Praktiken im Sinne bestimmter aufgestellter Kommunikationsmaximen erlauben, einen wertvollen Beitrag leisten.

Manifestation von Patientenanliegen

Wie manifestieren sich also Patientenanliegen im Gespräch mit dem Arzt? Eine Möglichkeit für Patienten, ihre Anliegen einzubringen, besteht in expliziten Themenangeboten z.B. in Form von Fragen oder metakommunikativen Formulierungen (z.B. „Noch ein Punkt, den ich mit Ihnen besprechen wollte: ... „). Aufgrund des asymmetrischen Rollenverhältnisses von Arzt und Patient sind die häufig lebensweltlich geprägten Anliegen für Patienten allerdings oft nur schwer in dieser expliziten Form zum Gesprächsthema zu machen. Arzt und Patient sind im Gespräch nämlich mit unterschiedlichen interaktiven Rechten und Pflichten ausgestattet: Ärzte eröffnen und beenden das Gespräch, sie führen Themen ein und schließen sie ab, etc. Patienten bringen ihre Anliegen deshalb häufig nur implizit in Form von subtilen Themenangeboten ein und es bedarf interaktiver Anstrengungen der Ärzte, diese Initiativen als solche zu verstehen, sie zu unterstützen und darauf einzugehen.

Relevanzmarkierungen

Eine wichtige Hilfestellung für Ärzte, die Anliegen der Patienten zu erkennen, stellen sogenannte „Relevanzmarkierungen“ dar (vgl. dazu Sator 2003, Sator et al. 2008): Relevanzmarkierungen sind subtile Hinweise von Patienten auf für sie besonders wichtige Themen. Sie beinhalten gleichzeitig eine implizite Aufforderung an Ärzte, diese Themen im Gespräch aufzugreifen und weiterzuführen. Patienten markieren Stellen mit für sie besonderer Relevanz mit Hilfe von interaktiven Verfahren wie z.B.

- auf interaktionsorganisatorischer Ebene: selbst-initiative Thematisierungen und Wiederaufnahmen von Themen an späteren Gesprächsstellen,
- auf syntaktischer Ebene: Ellipsen, Herausstellungen,
- auf lexikalisch-semantischer Ebene: Partikel, Adjektive und Adverbien, drastische Metaphern,
- auf nonverbaler vokaler Ebene: auffällige Satzintonation, Wechsel in der Lautstärke bzw. Sprechweise (formal, Umgangssprache, Dialekt), Pausen, Lachen,

- auf Formulierungsebene: Hesitationsphänomene (Verzögerungen, Abbrüche, Versprecher und Korrekturen),
- auf nonverbaler, nonvokaler Ebene: mimische und gestische Verfahren, Blickkontakt.

Es geht dabei allerdings weniger um ein isoliertes Vorkommen einzelner solcher Verfahren (die ja z. T. typische Kennzeichen mündlicher Kommunikation darstellen) als vielmehr um das gebündelte Auftreten mehrerer Verfahren und ihre spezifische Verwendung im jeweiligen Kontext.

Wie können Ärzte nun mit solchen von Patienten als relevant markierten Themen umgehen? Ärzte können implizite Themenangebote von Patienten hochstufen, indem sie Aufmerksamkeit signalisieren (z. B. durch Hörsignale), das als relevant markierte Thema aufnehmen, weiter nachfragen, den Patienten erzählen lassen und selbst für kurze Zeit die Rolle des Zuhörers einnehmen, Verständnis und Empathie signalisieren, evtl. eine eigene Einschätzung dazu abgeben, etc. Häufig greifen Ärzte die mit Hilfe von Relevanzmarkierungen implizit angebotenen Themen jedoch nicht auf, sondern verfolgen ihre eigenen, oft von institutionellen Erfordernissen geprägten Relevanzen. Dazu setzen sie interaktive Verfahren wie einen Themenwechsel oder Beendigungssignale (z. B. „Gut.“ oder „Okay.“) ein.

Ärztlicher Umgang mit Relevanzmarkierungen von Patienten

Es zeigt sich aber, dass ein mangelndes oder fehlendes ärztliches Eingehen auf Relevanzen von Patienten zu Störungen des Gesprächsablaufs durch wiederholte Initiativen der Patienten („Insistieren“) führt oder aber eine Entmutigung und Resignation der Patienten bewirkt, sodass sie keine weiteren thematischen Angebote mehr machen. Dies kann den Informationsaustausch in Hinblick auf Diagnose und Therapie, die therapeutische Beziehung, die Compliance der Patienten sowie die Zufriedenheit mit dem Gesprächsablauf auf beiden Seiten beeinträchtigen.

Negative Auswirkungen mangelnden Eingehens auf Relevanzmarkierungen

5 „Ich muss mit dem leben jetzt was ich hab“ – Ein Fallbeispiel

Bei dem folgenden Beispiel handelt es sich um Ausschnitte aus einem Erstaufklärungsgespräch mit einem jungen Tumorpatienten auf einer onkologischen Ambulanz. Nachdem nach der Diagnose der Tumor umgehend durch einen operativen Eingriff entfernt wurde, soll sich der Patient nun zur vollständigen Beseitigung aller krankhaften Zellen noch einer Strahlentherapie und einer Chemotherapie unterziehen. Aufgrund spezifischer Umstände können diese Therapien jedoch nicht wie sonst an der Ambulanz durchgeführt werden, sondern der Patient muss an ein anderes, für ihn zuständiges Krankenhaus weiterverwiesen werden. Für eine Detailanalyse des Gesprächs vgl. Sator (2003) und Sator et al. (2008).

Kontext des Gesprächs

Ein Thema, das der Patient im gesamten Gesprächsverlauf immer wieder als für ihn besonders relevant markiert, ist das Thema der Krankheitsbewältigung, d. h. der Umgang mit der Krankheit selbst, mit den bevorstehenden Therapien und ihren Nebenwirkungen sowie mit dem bestehenden Restrisiko eines Rezidivs. Der Patient macht immer wieder diesbezügliche Themenangebote, bei denen er – scheinbar paradoxer-

Krankheitsbewältigung als besonders relevantes Thema

weise – die Problematik der Krankheitsbewältigung auf propositionaler Ebene abschwächt, sie jedoch gleichzeitig durch spezifische Verfahren der Relevanzmarkierung als Gesprächsthema hochstuft. Die Hinweise des Patienten werden dabei im Gesprächsverlauf immer stärker und expliziter.

*Implizite Themen-
angebote des
Patienten vs.
ärztliche
Relevanzen*

Dieses für den Patienten hochrelevante Thema kollidiert im Gespräch allerdings mit medizinisch-technischen und institutionell-organisatorischen Relevanzen, insbesondere mit der für den Arzt in diesem Fall relevant werdenden Gesprächsaufgabe, den Patienten für die weitere Therapie an eine andere, für ihn zuständige Stelle weiterzuverweisen.

*Der erste
subtile Hinweis
des Patienten*

Im Gesprächsabschnitt, der dem folgenden Ausschnitt vorausgeht, hatte der Arzt begonnen, dem Patienten den Tumor, seine Wachstumsgeschwindigkeit und seinen aktuellen Zustand zu erklären. Wie die Analyse des Gesamtgesprächs zeigt, bilden diese Erklärungen den Anfang einer Argumentationskette, die den Patienten von der Art des Tumors, dem nach der Operation immer noch bestehenden Risiko, hin zur Begründung der Notwendigkeit der bevorstehenden Strahlen- und Chemotherapie führen soll. Während der Arzt noch am Beginn dieser Argumentationskette steht, weist der Patient aber bereits auf die noch bevorstehende Strahlentherapie hin (Zeile 181).

*Erklärung
des Tumors*

Ausschnitt 1

- 181 P: =nja Strahlentherapie muss ich noch machen.=
182 A: =Strahlentherapie müssen sie machen,
183 (-) und (-) von der natur von diesem tumor her is es so (-)
184 dass man !nie! sicher sein kann dass man alles erwischt hat;
ja?=
185 P: =nja das [is das Risiko halt was man im leben hat;
186 A: [weil
187 P: ((lacht auf))
188 A: wei:l (-) eben (1.4) a:h (-) das: einfach: (4.4)
189 man kann (-) in der befallenen Region nicht (-) rund herum;
190 im gesunden;
191 drei zentimeter (-) wegschneiden. (-)
192 ja?

Den Hinweis des Patienten „nja Strahlentherapie muss ich noch machen.“ greift der Arzt zunächst reformulierend auf („Strahlentherapie müssen sie machen.“), um dann seine Argumentation mit dem Hinweis auf das nach der Operation immer noch bestehende Risiko fortzusetzen („und (-) von der natur von diesem tumor her is es so (-) dass man !nie! sicher sein kann dass man alles erwischt hat; ja?“).

*Rückstufung auf
propositionaler
Ebene vs. Hoch-
stufung als
Gesprächsthema*

Darauf reagiert der Patient mit einem spontanen Kommentarschritt, dem ein kurzes Auflachen nachfolgt: „nja das [is das Risiko halt was man im leben hat; ((lacht auf))“. Damit löst er das Thema Restrisiko aus der technischen Bedeutung und Funktion, die es als Glied innerhalb der ärzt-

lichen Argumentationskette zur Begründung der Notwendigkeit weiterer Therapien hat, heraus und bringt es auf eine lebenspraktische, weiterreichende Bedeutungsebene: das Risiko, das „man“ im Leben hat. Auf propositionaler Ebene schwächt er dabei das verbleibende Restrisiko in der floskelhaften Formulierung durch die Partikel „nja“ und „halt“ und durch die unpersönliche, verallgemeinernde Form („man“, „im leben“) ab. Auf gesprächsthematischer Ebene wird die Thematik gleichzeitig durch das charakteristische, unspezifische emotionale Beteiligung signalisierende Lachen am Ende der Äußerung subtil hochgestuft. Welche spezifischen Emotionen sich hinter dem Lachen verbergen, wäre an dieser Stelle vom Arzt zu explorieren.

Der Arzt greift diesen Hinweis des Patienten an dieser Stelle nicht auf, sondern setzt nach einem abgebrochenen Unterbrechungsversuch in Zeile 186 seine begonnene Argumentationskette zur Erklärung, warum die Operation allein noch nicht ausreicht und weitere Therapien notwendig sind, unbeirrt fort.

Es folgen nun weitere Erklärungen und eine gemeinsame Aushandlung darüber, dass es sich nicht um den bösartigsten dieser Art von Tumoren handelt. Schließlich wird das bereits eingeleitete Problem, dass der Arzt den Patienten nicht selbst behandeln kann, sondern weiterverweisen muss, wiederaufgenommen.

Nach einer externen Unterbrechung durch ein Telefonat folgt neuerlich ein Hinweis des Patienten auf das Thema Krankheitsbewältigung:

Fehlendes Aufgreifen des Hinweises durch den Arzt

Neuerlicher Hinweis des Patienten

Ausschnitt 2

- 228 P: man muss damit leben! ((lacht auf))
 229 A: und äh (-) jetzt (-) würde
 [...]

 230 muss ich sie schicken ins <<Abkürzung Krankenhausname>
 XXX;>=ja?
 231 (---) ins <<vollständiger Krankenhausname> XXX.> (-)

Auch hier schwächt der Patient die Problematik der Krankheitsbewältigung durch die unpersönliche Formulierung und die Flucht in Allgemeinplätze und verallgemeinernde Floskeln wieder vordergründig ab. Im Kontrast zu dieser vordergründigen Abschwächung steht die Relevanzhochstufung der Krankheitsbewältigung als Gesprächsthema durch den Einsatz interaktiver Verfahren wie den Ausruf und das Auflachen am Ende der Äußerung auf nonverbaler vokaler Ebene sowie die Wiederaufnahme eines bereits früher im Gespräch in seiner Relevanz hochgestuften Inhalts auf interaktionsorganisatorischer Ebene.

Wie geht nun der Arzt mit dem erneuten Hinweis des Patienten um? Die Hesitationsphänomene wie „äh“, die äusserungsinternen Pausen sowie der Satzabbruch zeigen möglicherweise an, dass der Arzt die Relevanzmarkierung des Patienten registriert. Dennoch übergeht er auch an dieser Stelle die Relevanzmarkierung des Patienten und setzt seine Erläuterungen von vor dem Telefonat, die sich auf die Aufteilung der thera-

Rückstufung auf propositionaler Ebene vs. Hochstufung als Gesprächsthema

Ärztliches Übergehen der Relevanzmarkierungen

Nochmaliger
Hinweis des
Patienten

peutischen Zuständigkeit und der sich daraus für ihn ergebenden Konsequenz, den Patienten weiterverweisen zu müssen, fort.

Einige Zeit später wird das Thema Krankheitsbewältigung, diesmal im Kontext der bevorstehenden Chemotherapie, vom Patienten wieder aufgenommen:

Anschnitt 3

- 343 P: und jetzt- (---)
344 P: °h na das wird dann ja wahrscheinlich eine medikama'me'
345 P: medikamen!tö!se (--) <<p> Chemo[therapie sein.>
346 A: [ja; (--) das is eine schluckbare
347 A: (--) chemotherapie. (---) ja?
348 (---)
349 P: <<flüstert> na es is halb so wild;
350 i mein->
351 tabletten schlucken <<:-> des macht ein jeder fast?> (---)
352 das werma schon durchdruckn; (---)
353 A: Nebenwirkungen sind vorwiegend aufs Blutbild;=ja?=
354 P: =<<flüstert> naja [des is klar.>
355 A: [weniger auf (-) die Haare;
356 P: <<flüstert> n! die Haare!>

Rückstufung auf
propositionaler
Ebene vs.
Hochstufung als
Gesprächsthema

Auch in diesem Ausschnitt wird die Krankheitsbewältigung im Sinne von Bewältigung der Chemotherapie vordergründig abgeschwächt und quasi als Lappalie dargestellt. Erreicht wird die Abschwächung dabei durch die Partikel „na“, die floskelhaften Wendungen „halb so WILD“ und „das werma schon DURCHdruckn“ (dialektal für „Das werden wir schon schaffen“), die Verallgemeinerung „ein jeder“ und die euphemistische Reduzierung der Chemotherapie auf den Aspekt „tabletten schlucken“, die die Tatsache ausblendet, dass zwar viele Menschen Tabletten schlucken, es sich im Fall des Patienten aber nicht um irgendwelche Tabletten handelt, sondern um Chemotherapeutika. Insgesamt mutet die Äußerung des Patienten wie ein tröstender Zuspruch an, mit dem sich der Patient selbst Mut in Hinblick auf die Bewältigung der Chemotherapie macht. Als Gesprächsthema wird die Bewältigung jedoch auch hier wieder mittels zahlreicher interaktiver Verfahren als relevant markiert: die Herausstellung von „tabletten schlucken“ auf syntaktischer Ebene, das Flüstern sowie das Lachen in der Stimme auf nonverbaler vokaler Ebene und die inhaltliche Wiederaufnahme des übergeordneten Themas Krankheitsbewältigung auf interaktionsorganisatorischer Ebene.

Ärztliches
Übergehen
der Relevanz-
markierungen

Der Arzt übergeht auch an dieser Stelle den mittlerweile recht deutlichen Hinweis und setzt seinen Gesprächsplan ungeachtet der Kommentare des Patienten fort (Nebenwirkungen sind vorwiegend aufs Blutbild;=ja?). Die Topikalisierung von „Nebenwirkungen“ weist darauf hin, dass der Arzt hier primär seine – tatsächlich vorliegende oder internalisierte – Checkliste zur Chemotherapieaufklärung abarbeitet ohne auf

lokale Initiativen des Patienten einzugehen: Nachdem die Punkte Begründung und Organisation der Chemotherapie besprochen sind, steht nun die Aufklärung über Nebenwirkungen und Einschränkungen an.

Am Ende der Aufklärung über die Nebenwirkungen der Chemotherapie verweist der Patient ein letztes Mal auf die besondere thematische Relevanz der Krankheitsbewältigung, diesmal ohne Abschwächung der Problematik auf propositionaler Ebene:

*Ein letzter Hinweis
des Patienten*

Ausschnitt 4

- 386 P: <<dim> und sonst gibts keine nebenwirkungen.>
 387 A: a:hm (-) die Haut wird trockener,
 388 A: [(-) muss man schmiern, (--)
 389 P: [(net)
 390 A: ja?
 391 muss man viel schmiern, (---)
 392 <<dim> sonst gibts keine nebenwirkungen.>
 393 (2.1)
 394 P: ich muss mit dem leben <<dim> jetzt was ich hab;> (-)
 395 P: seitdem mir [der arzt gsagt hat (---) tumor, (1.2)
 396 A: [ˈhm_hm
 397 P: <<p> das wars.>
 398 A: das wars.
 399 und (.) alle drei monate zur kontrolle.
 400 P: das hab ich (-) schon ghört.
 401 (--)
 402 A: okay.

Auf die themenabschließende Bestätigungsfrage des Patienten „<<dim> und sonst gibts keine nebenwirkungen.>“ reagiert der Arzt, indem er zunächst noch eine weitere Nebenwirkung („a:hm (-) die Haut wird trockener,“) und eine entsprechende therapeutische Maßnahme dafür anführt („muss man schmiern, (--) ja? muss man viel schmiern“). Mit der wörtlichen Rephrasierung „sonst gibts keine nebenwirkungen.“ schließt der Arzt dann das Thema Nebenwirkungen ab.

Nach einer Pause von 2.1 Sekunden greift der Patient nun ein letztes Mal den Topos des „mit einer Krankheit leben Müssens“ auf, diesmal allerdings nicht in der verallgemeinerten, vorgeformten Variante wie in Ausschnitt 2 sondern in personalisierter („ich“) und zeitlich im Hier-und-Jetzt verorteter („jetzt“) Form: „ich muss mit dem leben <<dim> jetzt was ich hab;>“. Mit der Referenz auf die Diagnosemitteilung („seitdem mir [der arzt gsagt hat (---) tumor,“) und der weitreichenden Formulierung „(1.2) <<p> das wars.“> verweist er auf die einschneidende Veränderung, die sein Leben mit der Diagnosemitteilung erfuhr, und das daraus für ihn entstehende Bewältigungsproblem. Der Einsatz und das Zusammenwirken zahlreicher interaktiver Verfahren zur Relevanzhochstufung markieren die besondere Relevanz dieses Themas für den Patienten: auf syntak-

*Starke Relevanz-
hochstufung ohne
Rückstufung auf
propositionaler
Ebene*

tischer Ebene die elliptische Formulierung der Diagnosemitteilung durch den Arzt („tumor“), auf nonverbaler vokaler Ebene der zweimalige Wechsel in der Lautstärke in Zeile 394 und Zeile 397 sowie die Relevanzpausen vor und nach dem Wort „tumor“, die der Diagnosemitteilung zusätzliche Schwere verleihen, und schließlich auf interaktionsorganisatorischer Ebene die Wiederaufnahme des Themas ‚Krankheitsbewältigung‘. Wie in den anderen formelhaften Kommentaren auch, macht der Patient hier jedoch nur sehr ungefähre Andeutungen ohne zu explizieren, was sich dahinter verbirgt. Relevanzmarkierungen zeigen gerade in solchen Fällen, in denen der Patient das Thema nicht selbständig expandiert, lediglich eine Relevanz an, explizieren sie aber gerade nicht, sodass es die interaktive Aufgabe des Arztes wäre, diese zu „entpacken“.

Übergehen des Hinweises des Patienten qua Umdeutung durch den Arzt

Was macht nun der Arzt mit dieser starken Markierung von Relevanz? Nach einem Hörsignal in Zeile 396 wiederholt er in einer wörtlichen Rephrasierung die Formulierung des Patienten „das wars.“ und verbindet sie mittels des additiven Konjunktors „und“ mit einer abschließenden Anweisung bezüglich der Notwendigkeit von Nachkontrollen. Dadurch geht er zwar scheinbar auf die Äußerung des Patienten ein, bei näherem Hinsehen wird aber deutlich, dass er die weitreichende, auf seine neue Lebenssituation bezogene Evaluation des Patienten in einer gänzlich anderen Bedeutung aufgreift, nämlich im Sinne eines Abschlusses seiner Aufklärung des Patienten über die Chemotherapie. Inhaltlich reden Arzt und Patient hier also deutlich aneinander vorbei. Der Arzt ist mit seiner Umdeutung erfolgreich, es erfolgt ein Themenwechsel zum Thema ‚Nachkontrollen‘. Das Thema ‚Krankheitsbewältigung‘ wird im restlichen Gesprächsverlauf nicht wieder aufgegriffen.

Mangelnder Abgleich zwischen den Relevanzsystemen

Die mangels ausreichender Behandlung des Arztes immer wieder von neuem eingebrachten Hinweise des Patienten auf das hoch relevante Thema ‚Krankheitsbewältigung‘ verhalten also in diesem Gespräch letztlich ohne erwidert zu werden. Ein Abgleich zwischen den manifestierten alltagsweltlich-existenziellen Relevanzen des Patienten und den medizinisch-technischen bzw. institutionell-organisatorischen Orientierungen des Arztes gelingt nur sehr eingeschränkt: Das gemeinsame Verstehen der Relevanzen des Patienten bleibt auf der Strecke.

6 Fazit und Ausblick

Integration der Stimme der Medizin und der Stimme der Lebenswelt sowie Patientenorientierung als Basis für Verstehen

Die im vorliegenden Beitrag anhand eines Abrisses zum Forschungsstand und konkreter Fallanalysen herausgearbeiteten spezifischen Probleme und Herausforderungen der Arzt-Patient-Kommunikation lassen sich im Wesentlichen zurückführen auf das Verstehen zwischen Arzt und Patient. Basis für dieses Verstehen ist, wie dargestellt, die Integration der Stimme der Medizin und der Stimme der Lebenswelt der Patienten mit einer verstärkten Berücksichtigung der Patientenperspektive im Sinne von Patientenorientierung.

Notwendigkeit hoher ärztlicher Sensibilität

Verstehen zwischen Arzt und Patient umfasst auch eine verstärkte Aufmerksamkeit auf Details der Interaktion im Arzt-Patient-Gespräch und schließlich die klinische Nutzung detaillierter Analysen für Diagnose

und Therapie. Dazu ist, wie die Beispielanalysen zeigen, hohe ärztliche Sensibilität für „feine“ Signale und genaues „Hinhören“ erforderlich.

Dass die Sorge für das Zustandekommen eines solchen Verstehens Teil der professionellen Verantwortung des Arztes ist, wurde im Handlungsfeld bislang zu wenig erkannt: Der Arzt sollte nicht nur Experte für Diagnoseerstellung und Therapieentwicklung sowie für deren institutionelle Organisation, sondern ebenso für die Interaktion und für den Gesprächsprozess sein (vgl. auch Menz et al. 2008). Das Gespräch in seiner diagnostischen und therapeutischen Funktion wird jedoch noch weithin unterschätzt, sodass ein Verständnis des ärztlichen Gesprächs als Arbeitsinstrument mit hochprofessionellem Anspruch also erst entwickelt und durchgesetzt werden muss.

Noch ein weiterer Schritt ist es zu erkennen, dass die kommunikativen Fähigkeiten zur Erfüllung dieser professionellen Aufgabe keine selbstverständlichen menschlichen Grundkompetenzen sind, sondern ebenso wie andere professionelle klinische Kompetenzen erst angeeignet werden müssen. Auch dieser Umstand war bislang noch zu wenig im Bewusstsein der Handelnden verankert: Die geläufige Annahme „Reden kann doch jeder“ blendet den hochprofessionellen Charakter dieses spezifischen Redens aus. Gerade diesbezüglich lässt sich in jüngerer Zeit aber ein Wandel im Bereich der medizinischen Ausbildung hin zu einer stärkeren Fokussierung kommunikativer Fähigkeiten beobachten. Dabei wird bislang in erster Linie auf psychologische Konzepte zurückgegriffen, die interaktiven Perspektiven, die sich durch einen linguistisch-gesprächsanalytischen Blick eröffnen, finden aber zunehmend Beachtung.

*Erweiterung des
ärztlichen Auf-
gabenprofils:
Expertise und
Verantwortung
für Interaktion und
Gesprächsführung*

*Kommunikative
Kompetenz muss
erst erlernt
werden*

In Hinblick auf das Forschungsgebiet der Arzt-Patient-Kommunikation ergeben sich vor dem skizzierten Hintergrund des Status quo vielerlei Desiderate, von denen derzeit bereits einige in Angriff genommen werden. Diese lassen sich grob in vier Bereiche einteilen:

*Vier Bereiche von
Forschungs-
desideraten*

1. Grundlagenforschung zu Handlungsschemata und spezifischen interaktiven Verfahren
2. Diagnostische und therapeutische Auswertung interaktiver Phänomene
3. Ärztliche Gesprächsführungskompetenz
4. Methodologische Aspekte

ad 1.

Grundlagenwissenschaftlich stehen v.a. die Entwicklung einer Interaktionstypologie von Arzt-Patient-Gesprächen und interaktionstyp-sensitive Analysen aus, die von den tatsächlichen Konstitutionsleistungen der Beteiligten in der Interaktion ausgehen und nicht nur von externen Faktoren wie beispielsweise dem Ort des Gesprächs (z.B. Krankenhaus oder niedergelassene Praxis). Ebenso stehen weitere Analysen fachbereichs- bzw. facharztspezifischer Kommunikation (wie in Pädiatrie, Gynäkologie, Palliativmedizin) aus. An konkreten interaktiven Verfahren werden u.a. Techniken der Verständigungssicherung und deren Handhabbarkeit im Gespräch verstärkt in den Analysefokus gerückt werden müssen.

*Grundlagenforschung
zu Handlungsschemata
und spezifischen
interaktiven Verfahren*

*Diagnostische
und therapeutische
Auswertung inter-
aktiver Phänomene*

ad 2.

Wie dargestellt, zeigen bisherige Pilotstudien, dass die Details des interaktiven Verhaltens etwas über die Erkrankung der Patienten aussagen können, dass also nicht nur WAS Patienten über ihre Beschwerden sagen, sondern auch WIE sie es sagen, diagnoserelevant und therapierelevant sein kann. Ausgehend davon sind weitere, vertiefende und auf andere Krankheitsbilder erweiterte krankheitsspezifische Analysen interaktiver, mit bestimmten Krankheiten verbundener kommunikativer Eigenheiten wie Darstellungsschwierigkeiten, versteckte Darstellungen, Aggression etc. hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Aspekte angezeigt.

ad 3.

*Ärztliche
Gesprächs-
führungs-
kompetenz*

In Hinblick auf die ärztliche Gesprächsführungskompetenz gilt es, die Entwicklung valider und interaktionstheoretisch fundierter Instrumente zur Beurteilung des ärztlichen Gesprächsverhaltens und von evidenzbasierten Standards für Empfehlungen zur Optimierung voranzutreiben. Dabei wird es eine besondere Herausforderung sein, die Stärken diesbezüglicher Bestrebungen in der medizinischen Kommunikationsforschung mit jenen in der linguistischen Gesprächsforschung im Sinne einer komplementären Disziplinarität zu verbinden. So ist bspw. am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim eine gesprächsanalytische Fundierung des derzeit in der medizinischen Kommunikationsforschung etabliertesten Evaluierungsinstruments RIAS (vgl. Abschnitt 3) in Planung. Ebenso wichtig wird eine weitere interdisziplinäre Thematisierung von Fragen der Didaktisierung, d.h. der Vermittlung von Ergebnissen zur Arzt-Patient-Kommunikation in Aus- und Weiterbildung sein. Hier wird es u.a. darum gehen, einerseits die Arbeit mit Transkripten als methodische Ressource zu etablieren und andererseits die oben erwähnte Arbeit mit Simulationspatienten (Schauspielpatienten) durch realitätsnähere Scripts, die anhand authentischer Gespräche entwickelt wurden, aufzuwerten.

ad 4.

*Methodologische
Aspekte*

In methodologischer Hinsicht gilt es insbesondere, linguistische Forschungsergebnisse an die medizinische Kommunikationsforschung besser anschließbar zu machen. Ein wichtiger Punkt wird hier die Forcierung quantifizierender Auswertungen sein. Schließlich – und hier schließt sich der Kreis zu Punkt 1. „Grundlagenforschung“ – wird es wichtig sein, die in interdisziplinärer anwendungsorientierter Forschung gemachten Erfahrungen auf die linguistische Grundlagenforschung zurückzubeziehen im Sinne einer Validierung linguistischer Erkenntnisse sowie einer Überführung in die allgemeine linguistisch-wissenschaftstheoretische Auseinandersetzung.

*Neue Heraus-
forderungen
für den Gegen-
standsbereich*

Die dargestellten Desiderate stellen neue Herausforderungen für den Gegenstandsbereich dar: So wird zum einen die Schnittstelle zwischen Forschung und Anwendung sowohl methodologisch als auch institutionell auf ein sichereres Fundament zu stellen sein, um einen gut abgesicherten Transfer von den Erkenntnissen der Grundlagenforschung über anwendungsorientierte Forschung hin zur Anwendung und zurück zu

gewährleisten. Zum anderen wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiterhin besondere Herausforderungen aber auch Chancen bereithalten: Wenn es gelingt, Unterschiede in den Paradigmen nicht als unüberwindbare Hürde zu sehen sondern als perspektivenerweiternd und als gegenseitige Befruchtung, und wenn ein Miteinander statt Gegeneinander der unterschiedlichen Disziplinen, die sich für medizinische Kommunikation interessieren (wie Linguistik, Medizin, Psychologie, Soziologie, Kommunikationswissenschaft, Pädagogik, etc.) im Sinne verstärkter Anstrengungen einer gemeinsamen, kritisch-konstruktiven Zusammenarbeit für den Gegenstand zustande zu bringen wäre, steht der Lohn in Aussicht, ein Ganzes hervorzubringen, das mehr als die Summe seiner Einzelteile darstellen könnte.